# *Заявление о предоставлении академического отпуска по медицинским показаниям*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Факультет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ЗАЯВЛЕНИЕ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(дата)* |

|  |
| --- |
| Ректору БГУ Королю А.Д.студента (ки) \_\_\_\_\_\_ курса *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *(специальность, направление специальности)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дневной/заочной; платной/бюджетной)*формы получения образования  |

 |

*Главному управлению*

*образовательной деятельности*

*Подготовить приказ*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(дата)*

Прошу предоставить мне академический отпуск по медицинским показаниям с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Прилагаю:

*О необходимости заключения дополнительного соглашения к договору в ГУОД (ул. Бобруйская 7, каб. 102, 315) уведомлен.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись) (фамилия,*

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*собственное имя, отчество (если таковое имеется)*

Декан факультета

|  |
| --- |
| Академическая задолженность:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ экзаменов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ зачетов (диф. зачетов)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ курсовой проект (работа)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ контрольная работа (для заочной формы)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ не сдано комиссии\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(И.О. Фамилия, должность, подпись сотрудника деканата)* |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись) (И.О.Фамилия)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(дата)*

ГУОД

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(подпись) (И.О.Фамилия)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(дата)*